

未成年者（18歳未満）治療同意書

やまだ整形外科・リハビリクリニック 御中

私、_____（保護者/成人）は、

_____（患者様ご本人）が

やまだ整形外科・リハビリクリニックで診察・治療を受けることに
同意し、一切の意義申し立ては致しません。

尚、この度の治療に関して、医学的に必要な処置が生じた場合は
医師の指示に従います。

令和 年 月 日

保護者ご署名 _____ 続柄 _____ 印

保護者ご住所 _____

保護者ご連絡先（電話番号）_____

患者様ご本人 _____ 印